



परिस्थितियों में बदलाव
CHANGE OF CIRCUMSTANCES

सभी भागों को अच्छी तरह से पढ़े। उन सभी बॉक्सों को चैक करें जो आपके परिवार पर लागू होते हैं। इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, दिनांक डालकर अपने लोकल ऑफिस को वापस भेज दें। यदि आपको कोई प्रश्न पूछना है, तो अपने वर्कर (कर्मचारी) से बात करें। यदि आप इस फॉर्म को डाक भेजना चाहते हैं, तो आपके लोकल ऑफिस में डाक टिकट लगे लिफाफे उपलब्ध हैं।

आपका नाम	सोशल सिक्युरिटी नम्बर
आपका केस नम्बर (ग्राहक आई.डी. नम्बर)	दिनांक
FOR OFFICE USE ONLY CHANGE REPORTED BY TELEPHONE ON (LIST DATE)	
WORKER'S NAME	

आपकी जिम्मेदारियां : यदि आपके परिवार को कैश अथवा खाद्य सहायता मिलती है, तो आपको 10 दिनों के भीतर, किन्हीं भी परिवर्तनों के बारे में बताना चाहिए। यदि आपके परिवार को चिकित्सा सहायता मिलती है, तो आपको 20 दिनों के भीतर, किन्हीं भी परिवर्तनों के बारे में बताना चाहिए।

1. मेरा पता बदल गया है।

मैंने छोड़ा है। छोड़ने की तारीख: मेरा डाक पता बदल गया है मैं बेघर हूं

मेरा नया आवास पता है:

अपार्टमेंट नम्बर (यदि कोई है): मेरा नया डाक पता (यदि भिन्न है) है:

नगर

राज्य

जिप कोड

नगर

राज्य

जिप कोड

2. मेरे आवास खर्च में परिवर्तन हुआ है।

खाद्य सहायता के लिए, आवास खर्च में हुई वृद्धि का ही उल्लेख करें। यदि आपके किराए में कमी हुई है (आर्थिक सहायता पर जाने सहित का आवास), तो अपनी अगली पात्रता समीक्षा में इसके बारे में बताएँ। जो भी लागू हैं, उसे चेक करें।

मैं किराए पर रहता हूं मैं खरीद रहा हूं मैं सब्सिडी प्राप्त आवास पर हूं

मासिक किराया \$ _____	आपका हिस्सा, यदि भिन्न है \$ _____	मासिक बंधक राशि \$ _____	मासिक भुगतान राशि (केवल अपना हिस्सा बताएं) \$ _____
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	--

मैं निम्न के लिए अलग से भुगतान करता हूं (जो लागू हो, उसे चेक करें):

<input type="checkbox"/> हीटिंग/कूलिंग खर्च मैं भुगतान करता हूं \$ _____ प्रति महीने	<input type="checkbox"/> टेलिफोन मैं भुगतान करता हूं \$ _____ प्रति महीने	<input type="checkbox"/> घर का बीमा मैं भुगतान करता हूं \$ _____ प्रति <input type="checkbox"/> महीने <input type="checkbox"/> वर्ष	<input type="checkbox"/> सम्पत्ति कर मैं भुगतान करता हूं \$ _____ प्रति <input type="checkbox"/> महीने <input type="checkbox"/> वर्ष
--	---	---	--

3. कोई मेरे घर में आया अथवा घर छोड़कर गया। जो लागू हो, उसे चेक करें तथा छोड़ने की तारीख लिखें :

कोई मेरे घर में आया। दिनांक: _____

उन सभी का विवरण दे, जो घर में आए (नवजात शिशु सहित):

नाम	मेरे से सम्बंध

कोई मेरे घर से निकल गया। दिनांक _____

उन सभी का विवरण दे, जो घर से बाहर गए:

नाम	मेरे से सम्बंध

मैं अपने कमरे के सहभागी के साथ खाद्य पदार्थ खरीदता और भोजन बनाता हूं। (जो बॉक्स लागू हो, उसे चेक करें): हां नहीं

मैं किसी को अपने:

कैश खाद्य सहायता चिकित्सा सहायता में शामिल करना चाहता हूं
 बाल रक्षा

यदि हां, तो किसे? नाम बताएँ

मुझे उम्मीद है कि कुछ व्यक्ति मेरे पास वापस रहने आएंगे (जो बॉक्स लागू हो, उसे चेक करें): हां नहीं

यदि हां, तो कौन? नाम बताएँ

आप इन व्यक्तियों के कब वापस रहने आने की उम्मीद करते हैं।

4. मेरे परिवार की आमदनी में परिवर्तन हुआ है। आमदनी के उदाहरणों में शामिल हैं : नौकरी अथवा स्व:गोजगार से कमाई अथवा वेतन, बेरोजगारी भत्ता, सोशल सिक्युरिटी, एस.एस.आई, श्रम और उद्योग, बाल सहायता, वृद्धों को भत्ता, भेंट अथवा ऋण। जो लागू हों, उसे चेक करें।

आमदनी या नौकरी शुरू हुई। आय शुरू होने की तारीख: _____ किसकी आय शुरू हुई ? _____

कुल राशि (कर से पहले डॉलर राशि): \$ _____ डॉलर प्रति घंटा महीना

आमदनी का वर्ग : _____ मालिक का नाम (यदि कोई हो) : _____

फुल टाइम पार्ट-टाइम वह तारीख, जब व्यक्ति को आय प्राप्त होती है (अर्थात् प्रत्येक महीने की पहली और 15वीं तारीख

अथवा प्रत्येक शुक्रवार) : _____

आय या नौकरी बंद हुई। आय किस तारीख को बंद हुई : _____ किसकी आय बंद हुई ? _____

किस कारण से आय बंद हुई: _____

आय में वृद्धि हुई। आय में किस तारीख को वृद्धि हुई: _____ किसकी आय में वृद्धि हुई ? _____

कुल राशि (कर से पहले डॉलर राशि): \$ _____ डॉलर प्रति घंटा महीना

आमदनी का वर्ग : _____ मालिक का नाम (यदि कोई हो) : _____

यदि कार्य कर रहे हैं, तो क्या यह पार्ट-टाइम से फुल-टाइम में बदलाव है? हां नहीं

आय में कमी हुई है। आय में किस तारीख को कमी हुई: _____ किसकी आय में कमी हुई ? _____

कुल राशि (कर से पहले डॉलर राशि): \$ _____ डॉलर प्रति घंटा महीना

आमदनी का वर्ग : _____ मालिक का नाम (यदि कोई हो) : _____

यदि कार्य कर रहे हैं, तो क्या यह पार्ट-टाइम से फुल-टाइम में बदलाव है? हां नहीं

5. मेरे परिवार के संसाधनों में परिवर्तन हुआ है। मेरे अथवा मेरे परिवार में किसी के पास निम्नलिखित है (जो लागू हों, उन्हें चेक करें):

बैंक खाता (जो लागू हो, उसे चेक करें): चेकिंग सेविंग सी.डी. मनी मार्केट

खाते में राशि \$ _____ डॉलर किस तारीख को खाता खोला गया: _____

वाहन: वर्ष: _____ मेक: _____ मॉडल: _____ प्राप्त होने की तिथि: _____

इनकम टैक्स रिफन्ड _____ डॉलर अर्जित इनकम टैक्स क्रेडिट कितना था? \$ _____ डॉलर _____ प्राप्त होने की तिथि: _____

एकमुश्त भुगतान (पूर्व तिथि से लागू होने वाले लाभ, ऋणों का भुगतान, अथवा उत्तराधिकार में मिली राशि) \$ _____

प्राप्त होने की तिथि: _____

अन्य स्रोत (विवरण दें): _____

6. मेरे परिवार में अन्य परिवर्तन हुए हैं जो लागू हों, उन्हें चेक करें

मुझे बाल रक्षा सहायता की जरूरत है

मेरा बाल रक्षा खर्च \$ _____ डॉलर/महीना से बढ़कर \$ _____ डॉलर प्रति महीना हो गया है।

गर्भावस्था शुरू हुई (नाम): _____ अनुमानित डिलिवरी तिथि: _____

गर्भावस्था समाप्त हुई (नाम) : _____ गर्भावस्था समाप्त होने की तिथि: _____

बाल सहायता राशि \$ _____ डॉलर प्रति महीने से बदलकर \$ _____ डॉलर प्रति महीने हो गई है।

बाल सहायता का भुगतान कौन करता है : _____

चिकित्सा खर्च \$ _____ डॉलर प्रति महीना से बढ़कर \$ _____ डॉलर प्रति महीना हो गया है।

खर्च का भुगतान कौन करता है : _____

वैवाहिक स्थिति में परिवर्तन हुआ है (नाम) : _____ विवाहित तलाकशुदा अलग रहना विधवा

अन्य परिवर्तन (विवरण दें)

7. मैं अपनी नकद सहायता खाद्य सहायता चिकित्सा सहायता बाल रक्षा सहायता बंद करना चाहता हूं।

घोषणापत्र और हस्ताक्षर

मैं शपथ-भंग के दंडों के अंतर्गत यह बयान करता हूं कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी, मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य और सूर्योदय हैं। मैं जानता हूं कि यदि मैं गलत, गुमराह करने वाली, अथवा अधूरी जानकारी देता हूं तो मुझे RCW 74.08.055 और RCW 74.08.331 कानून के अंतर्गत दंडित किया जा सकता है। मैं समझता हूं कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी की जांच होगी और मैं इस पर सहमत हूं। यदि मैं आवश्यक प्रमाण नहीं दे सकता हूं तो मैं डी.एस.एच.एस. को अधिकार देता हूं कि वे प्रमाण प्राप्त करने के लिए मेरी ओर से अन्य व्यक्तियों अथवा एजेंसियों से सम्पर्क करें। इस फॉर्म पर मेरे हस्ताक्षर का अर्थ यह है कि मैंने सभी परिवर्तनों का विवरण दे दिया है।

हस्ताक्षर	दिनांक	टेलीफोन नम्बर
परिवार के अन्य व्यक्ति सदस्य अथवा प्रतिनिधि का हस्ताक्षर	दिनांक	टेलीफोन नम्बर